

## Evaluation de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est en général présentée comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle (HT), bénéfique pour les patients comme pour les dépenses de santé. Un certain nombre d'études semblent montrer que le bénéfice économique n'est pas certain, mais peu d'évaluations rigoureuses ont été faites, avec la méthodologie de l'essai comparé<sup>1</sup>. Deux essais anglais de ce type ont été publiés<sup>2,3</sup>.

Les deux essais ont une méthodologie voisine. Ils sont réalisés autour d'un hôpital général et d'une circonscription moyenne. Ils ont recruté sur 1 an 1/2 ou 2 ans des patients, le plus souvent âgés, cliniquement stabilisés. Après consentement informé ils étaient randomisés en deux groupes HAD (après sortie précoce) ou HT.

**Le premier essai**<sup>2,3</sup> concernait 5 groupes de patients: prothèse de hanche et du genou, hystérectomie (sauf lésion maligne), BPCO, personnes âgées avec pathologies variées. Hormis les hystérectomies, les patients avaient tous plus de 60 ans. L'HAD devait assurer soins infirmiers 24h/24, kinésithérapie, et autres soins. Le généraliste avait la responsabilité clinique, et était remboursé de ses visites. Le suivi se faisait sur trois mois, les critères de mesure étant les données générales de santé, l'état fonctionnel, les réadmissions en HT, la satisfaction du patient et de l'entourage.

Sur 2 ans, 538 patients ont été recrutés. Globalement il n'y a pas eu de différences majeures entre les groupes sur les divers critères, sauf une plus grande amélioration de la qualité de vie pour l'HAD des prothèses de hanche. Dans tous les groupes, sauf BPCO, les patients préféraient l'HAD. Pour l'entourage il n'y avait pas de différence, sauf pour les hystérectomies qui préféraient l'HT. Il n'y avait pas de différence significative sur les résultats en terme de santé, mais la taille de l'essai n'avait pas le pouvoir de détecter des différences de morbidité et de mortalité.

En termes économiques, les coûts sont voisins, hormis une augmentation dans l'HAD pour les hystérectomies et

les BPCO. L'HAD entraîne un transfert de coûts vers les soins ambulatoires pour les personnes âgées et les BPCO. **Le deuxième essai**<sup>4,5</sup> concerne des patients hospitalisés pour une procédure orthopédique (68%), pour des pathologies variées (32%), dont AVC (10%). L'âge moyen était de 79 ans. La structure d'HAD pouvait s'occuper de 12 patients, comprenait 2 infirmières (coordinatrice et soignante), un kinésithérapeute (8/10 de temps), un ergothérapeute (mi-temps), 3 aide-soignants (20-27h/sem chacun). Le généraliste assurait la responsabilité clinique. L'évaluation se faisait à 4 semaines et à 3 mois, les critères de mesure étaient la mortalité, la durée de séjour (longueur du séjour depuis la randomisation jusqu'à la sortie, quelques soient les événements intercurrents), l'état fonctionnel du patient, la qualité de vie et la satisfaction.

Sur 18 mois, 241 patients étaient recrutés. Il n'y a pas eu de différence significative concernant la mortalité, l'état fonctionnel et la qualité de vie. Un seul des 12 items du questionnaire de satisfaction montrait une différence significative en faveur du groupe HAD. Par contre la durée du séjour a été significativement plus longue en HAD qu'en HT ( $p=0,0001$ ). Mais cela a pu être favorisé par une structure d'HAD sous-utilisée.

Economiquement, on observe une réduction des coûts avec l'HAD: £2516 vs £3292 par patient; pour £10.000 dépensées, on peut prendre en charge 3 patients en HT et 4 en HAD. Le coût à la charge des patients était similaire dans les deux groupes.

Ces études sont intéressantes, au delà de l'évaluation médico-économique d'une organisation de soins:

- bien que réalisées dans un système de soins différent du nôtre, les modèles proposés ne sont pas très différents de certains services structurés de soins à domicile français. Nos services d'HAD, sont plus hospitalo-centrés.
  - les deux essais ne montrent pas de différence entre les deux modalités en terme de résultats de santé, et probablement une meilleure acceptabilité et satisfaction pour l'HAD.
  - économiquement les conclusions des deux études sont opposées. Pour la première: transfert de coûts de l'hôpital vers la médecine ambulatoire ou service supplémentaire pour certains groupes. Pour la seconde réduction des coûts. En fait, tout semble dépendre des modalités de l'organisation des services d'HAD.
- Pour nous un enseignement est à tirer. Que prédomine l'argument économique ou celui lié à l'attente des patients, il faut de toute façon veiller à l'organisation et essayer d'évaluer les expériences pilotes.

1 - Iliffe S. Hospital at home: from red to amber ? Data that will reassure advocates - but without satisfying the sceptics. *BMJ* 1998;316:1761-2

2 - Shepperd S et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ* 1998;316:1786-91

3 - Shepperd S et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *BMJ* 1998;316:1791-6

4 - Richards SH, Coast J et al. Randomised controlled trial comparing effectiveness and acceptability of an early discharge, hospital at home care scheme with acute hospital care. *BMJ* 1998;316:1796-1801

5 - Coast J, Richards SH et al. Hospital at home or acute hospital care? A cost minimisation analysis. *BMJ* 1998;316:1802-6

**Mots-clé:** hospitalisation, maintien à domicile, économie de la santé, attente du patient

*Numéro 143 du 29 avril 1999*